

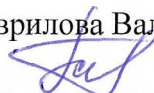
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической психологии
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ

Автор работы,
студент группы ОКП-602
Гаврилова Валерия Евгеньевна



СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

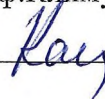
37.05.01 - Клиническая психология

КВАЛИФИКАЦИЯ: клинический психолог

Дата защиты: 2 февраля 2018 г.

Оценка: отлично

Руководитель работы,
д.м.н., проф. Климусева Н.Ф.



Рецензент,
к.м.н., доц. Емельянова Л.А.

Екатеринбург - 2018

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	3
Введение.....	3
I. Теоретико-методологический анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия.....	7
1.1 Обзор литературных источников отечественных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия.....	7
1.2 Обзор литературных источников зарубежных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия.....	11
II Эмпирическое исследование психосоматических факторов у женщин с диагнозом первичное бесплодие состоящих в браке.....	17
2.1 Дизайн исследования.....	17
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования психосоматических факторов у женщин с диагнозом первичное бесплодие, состоящих в браке.....	23
III Программа психокоррекции первичного бесплодия женщин, состоящих в браке.....	35
Заключение.....	39
Список использованных источников.....	42
Приложение.....	47
III 2	
ВВЕДЕНИЕ.....	4
I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....	8
1.1. Обзор литературных источников отечественных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия	
8	
1.2. Обзор литературных источников зарубежных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия	
12	
II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ ПЕРВИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ	17
2.1. Дизайн исследования	
17	
III. ПРОГРАММА ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИН, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	40

ПРИЛОЖЕНИЕ	45
------------------	----

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
I. Теоретико-методологический анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия.....	7
1.1 Обзор литературных источников отечественных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия.....	7
1.2 Обзор литературных источников зарубежных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия.....	11
II Эмпирическое исследование психосоматических факторов у женщин с диагнозом первичное бесплодие состоящих в браке.....	17
2.1 Дизайн исследования.....	17
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования психосоматических факторов у женщин с диагнозом первичное бесплодие, состоящих в браке.....	23
III Программа психокоррекции первичного бесплодия женщин, состоящих в браке.....	35
Заключение.....	39
Список использованных источников.....	42
Приложение.....	47

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении последних двадцати лет характерным для РФ считается естественная убыль населения, а также увеличение его среднего возраста [1]. Социальные программы страны, призванные увеличить рождаемость, не могут в настоящий момент обеспечить увеличение естественного прироста населения в объеме, способном изменить демографическое состояние государства. В связи с этим в наши дни востребованными считаются исследования, посвященные деторождению и репродуктивной сфере в целом, в частности, вопросов бесплодия семейных пар. По определению ВОЗ, брак считается бесплодным, если беременность не наступает в течение одного года активной половой жизни без использования контрацепции [16]. Статистика бесплодных пар, озвучиваемая рядом исследователей, оставляет желать лучшего: по состоянию на 2016 год в России бесплодными являются 16 % пар. При этом по рекомендациям ВОЗ, пороговый показатель критической ситуации – 15% [28]. По результатам исследований научного центра акушерства и гинекологии Минздрава РФ, на территории страны бесплодием страдают 10-12 млн. граждан, из них 7-8 млн. женщин и 3-4 млн. мужчин [1]. По данным статьи М.Е. Ланцбург, [14] примерно 20% от всех вариантов, составляют случаи идиопатического бесплодия – бесплодия, при котором установить причины нарушения фертильности не удастся. Приоритетными задачами, опубликованными в программе государственной демографической политики на 2007-2025 гг. являются уменьшение процента перинатальных потерь, укрепление репродуктивного здоровья граждан и поиск резервов увеличения рождаемости [27]. Проблемы рождаемости с точки зрения психологии и психотерапии в последние годы, все чаще исследуются специалистами, что существенно продвинуло изучение данного вопроса, а также послужило обнаружению не только психологических последствий нарушений фертильности у пар, но и ряда психогенных причин этих нарушений. Изучением проблем репродуктивного здоровья в психологии активно занимаются отечественные и зарубежные специалисты, например: Филиппова Г.Г. [23, 24, 30], Ланцбург М.Е. [14],

Добряков И.В. [8], Белинская Е.В. [4], и другие. Из современных публикаций следует выделить работы Т. Wischmann, Н. Stammer [33,34] А. Ферро [32], Р. Ломбарди, Н. Кулиш и А. Аббаси [31], которые описывают проблему соматизации и глубоких личностных конфликтов, лежащих в основе бесплодия. О том, что исследование вопросов нарушения фертильности в психологии требует отдельного изучения, в своей статье говорит Филлипова Г.Г. [30]: «Кроме того, оказалось, что психологические аспекты репродуктивного здоровья имеют свою специфику, отличную от тех соотношений психических и соматических систем человека, которые сформулированы в общей психосоматике и психологии телесности». Несмотря на возросший интерес к психосоматике бесплодия, многие причины остаются до сих пор не изученными.

Таким образом, актуальным является исследование психосоматических факторов первичного бесплодия у женщин, состоящих в браке в связи с демографической ситуацией в России, а также недостаточной освещенностью причин, приводящих к психосоматическим проблемам бесплодия.

Объект исследования: первичное бесплодие женщин, состоящих в браке

Предмет исследования: психосоматические факторы первичного бесплодия женщин, состоящих в браке

Цель исследования: выявить психосоматические факторы первичного бесплодия

Задачи:

1. Рассмотреть первичное бесплодие как психосоматическую проблему.
2. Исследовать взаимоотношения женщин, имеющих диагноз бесплодие, с их матерями.
3. Выявить эмпирическим путем наличие, либо отсутствие недостаточно полно обозначенных в литературе психосоматических факторов первичного бесплодия женщин, состоящих в браке.
4. Разработать программу психокоррекции первичного бесплодия замужних женщин.

Гипотеза: на возникновение первичного бесплодия у женщин влияет ряд психосоматических факторов, таких как: наличие конфликтных отношений с матерью в детстве, страх материнской роли, повышенная соматизация, неудовлетворенность браком.

Теоретико-методологическая основа исследования представлена работами Филипповой Г.Г. по изучению психологии материнства, Ланцбург М.Е. по исследованию психосоматических аспектов бесплодия, Белинской Е.В. о социально-психологических особенностях репродуктивной установки, Т.Вишман о психологических особенностях, связанных с фертильностью.

Методы, использованные в исследовании:

Для решения поставленных задач, использовался комплекс методов:

1. Метод теоретического анализа психологических исследований по проблеме бесплодия женщин;
2. Психодиагностические **методики**:
 - 1) Мультимодальный опросник жизненной истории А. Лазаруса;
 - 2) SCL-90;
 - 3) Опросник удовлетворенности браком В.В. Столина;
 - 4) Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса;
 - 5) Тест чернильных пятен Роршаха;
 - 6) Рисунок «Я и ребенок»;
3. Для математико-статистической обработки сырых данных использована программа «STATISTIKA 10», применен критерий Манна-Уитни.

Источниковая база исследования представлена материалами обследования женщин, состоящих в браке в количестве 58 человек, в возрасте от 21 до 30 лет, средний возраст составил 24,4 года.

Теоретическая значимость заключается в систематизации научных знаний о психосоматических факторах женского бесплодия. Показан психологический компонент женского бесплодия. Выполненное исследование открывает перспективу дальнейшего изучения проблемы психологических причин нарушения фертильности женщин.

Практическая значимость: Результаты проведенного исследования могут быть полезны для клинических психологов при работе с женщинами, состоящими на учете по бесплодию, при составлении программы психокоррекции, в том числе могут быть использованы в работе психотерапевтов при проведении психотерапии. Также полученные данные могут быть использованы врачами для повышения эффективности при лечении бесплодия женщин.

I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

1.1. Обзор литературных источников отечественных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия

Психосоматические расстройства (от греч. *psyche* – душа, *soma* - тело) - нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности. В современной медицинской психологии важным является представление о тесной взаимосвязи соматического состояния человека с его психическим состоянием. [22]. При самой широкой трактовке термина, соматизация понимается как базовый способ телесно-душевного взаимодействия, при котором психосоциальный стресс находит свое отражение в телесных симптомах [14].

Женщин, имеющих проблемы со здоровьем репродуктивного характера, в перинатальной психологии принято делить на группы, условно называемые «А» и «Б», в зависимости от влияния на здоровье непосредственно организма женщины [3]. К первой группе («А») относятся женщины, имеющие нарушение фертильности до беременности, как правило, гормонального происхождения, бесплодие или трудности зачатия, угрозу прерывания беременности и невынашивания, нарушение внутриутробного развития ребенка с минимальным риском для здоровья женщины. В группу Б входят женщины, имеющие гинекологические заболевания соматического характера и негинекологические соматические проблемы, влияющие на успешность репродуктивной функции и одновременно угрожающие здоровью женщины. В ходе исследований было обнаружено, что женщинам каждой из этих двух групп присущи свои психологические особенности. Согласно исследованиям, для группы А характерны: эмоциональная лабильность, склонность к гиперстеническому

реагированию, болезненное отношение к неудачам, склонность к формированию сверхценных идей, что проявляется в сверхценности беременности, своей репродуктивной функции, искажение гендерной идентичности (усиление маскулинных качеств), снижение уровня социальной адаптации, конфликтные отношения с матерью, иногда выражающиеся в некритичной идеализации и недифференцированном представлении об отношениях с ней, неудовлетворенность собой, завышенная самооценка, неудовлетворенность отношением к себе других, претензии к ним, пониженная ценность ребенка; повышенная тревожность с преимущественно выраженной эмоциональной составляющей [3]. Психологическими особенностями женщин группы Б считаются: эмоциональная неустойчивость, склонность к дистимии, раздражительность; низкий уровень общей активности; зависимость от окружающих, поиск внешней помощи; нормальная женская идентичность, усиление женственности; тревожные, зависимые, симбиотические отношения с матерью; неуверенность в себе, заниженная самооценка, чувство вины; доверие, некритичность по отношению к другим; неуверенность в своей материнской компетентности, гиперответственность; повышенная тревожность; невротизация по типу «бегство в болезнь»; аутоагрессия, чаще подавленная, риск суицида [3]. Как видно из приведенного выше списка, общими чертами обеих групп являются эмоциональная лабильность, проблемы с самооценкой (для типа А – завышенная, для типа Б – заниженная), проблемные отношения с матерью (для типа А – конфликтные, для типа Б – зависимые, симбиотические). В своем исследовании, Филлипова Г.Г. [24] дополняет список психологических черт, присущих обеим группам. Она считает, что для женщин группы А характерно неприятие своей женственности и подавленная гетероагрессия, неготовность к материнству, слабая сформированность образа ребенка, отсутствие динамики этого образа в течение беременности, в том числе преобладание в представлениях негативных черт ребенка или эйфорическая неосознанность его негативных черт, негативное отношение к материнским обязанностям, эмоционально бедное или конфликтное представление о себе как о матери, конфликтные или некритично идеализированные представления о своей матери,

представление о своей дочерней роли как источнике осложнений в жизни матери. Женщины группы Б, согласно тому же исследованию, демонстрируют принятие своей женственности и подавленная аутоагрессия, а также, неготовность к материнству в форме «тревожность», преимущество позитивных черт ребенка, сверхценность ребенка и материнства, обостренная материнская компетентность, склонность к гиперопеке, сверхценное отношение к материнским обязанностям, тревожное представление о себе как матери с заниженной самооценкой; симбиотические, амбивалентные или тревожные представления о своей матери; представление о своей дочерней роли как сверхценности для матери, одновременно с выраженной тревожностью.

Отечественными авторами выделяются разные причины, приводящие к психосоматическому бесплодию. Так, например, в работах В.Д. Менделевича и Э.В. Макаричевой [14] было продемонстрировано, что у 1/3 женщин с диагнозом идиопатическое бесплодие присутствуют черты психического инфантилизма, а 89,5% наблюдаемых женщин имеют слабую половую конституцию. Также указанные авторы описали личностный профиль исследуемых женщин посредством проведения методики ММРІ. По результатам теста, опрошенные, имеют неустойчивую самооценку, зависимы от мнения окружающих, склонны к депрессивным реакциям, эмоционально лабильны, конфликтны. Неудовлетворенность собой и низкая самооценка, как факторы психосоматического бесплодия, описывались также в исследованиях А.В. Колчина [10]. Психологический портрет бесплодных женщин дополнила в своих исследованиях Н.А. Богдан [6]: кроме инфантилизма и психологической незрелости, автор также выделяет чрезмерный контроль, сопротивление новому, ригидность, стремление к чрезмерному планированию. По мнению Богдан, к указанным чертам приводит базовое недоверие к окружающему миру. Отдельно от заниженной самооценки бесплодных женщин, Богдан Н.А. выделяет компенсированную заниженную самооценку, приводящую к «комплексу отличницы», или перфекционизму (стремление быть лучше других, выполнять все «правильно», что выступает как способ повышения самооценки). В этом же исследовании указывается, что к нарушению репродуктивной сферы может

приводить неприятие своего пола, что часто формируется вследствие конфликтных отношений с родителями в детстве. В таком случае зачастую происходит смена гендерного поведения, на маскулиный, что проявляется в асексуальности, повышенной ценности карьеры, лидерстве, принятии на себя высокой ответственности, волевым характере (чертам, присущим противоположному полу). Многие женщины с нарушением фертильности воспитывались в многодетных семьях или в детском учреждении [6]. Преобладание маскулинности у женщин, с нарушением фертильности также упоминает Карымова О.С. [10], выделяя как присущие им черты – стремление к эмансипации, независимости. При этом, в указанной работе говорится о возможном невротическом конфликте, вызванном разнонаправленными чертами: эгоизм и альтруизм, агрессивность и стремление нравиться, принадлежность к группе и обособленность. В статье также выделяется факт, что исследуемые женщины склонны к психосоматическим расстройствам. В противоположность им, Карымова приводит список черт, характерных для здоровых в репродуктивном плане женщин, выявленных методикой СМИЛ а именно: эмоциональная устойчивость, социальная адаптированность, уступчивость, феминные черты личности. Результаты СМИЛ подкрепляются автором данными, полученными в ходе исследования методикой ДМО: по результатам теста, бесплодные женщины властны, обособлены в группе, стремятся к независимости, подозрительны к окружающим, нетерпимы к критике. Среди женщин-матерей выделялись черты, описываемые чаще как феминные: скромность, покорность, умение быть хорошим организатором, склонность брать на себя чужие обязанности, потребность в помощи и доверии со стороны, компромиссное поведение, готовность проявлять заботу о других [10].

Согласно материалам работы Белинской Е.В. [4] для женщин с бесплодием по сравнению со здоровыми в репродуктивном отношении женщинами можно выделить такие психологические особенности, как недостаточность способности к социальной адаптации; психологическая инфантильность, искаженная или незрелая полоролевой идентификация; неадаптивные формы реагирования на

стрессовые ситуации; эмоциональная лабильность; внутренняя конфликтность; базовое недоверие к окружающему миру, сочетающееся с зависимостью от других; повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности; заниженная самооценка в сочетании с высоким уровнем притязаний; подавленная аутоагрессия; конфликтные отношения с собственной матерью.

1.2. Обзор литературных источников зарубежных авторов по проблеме психосоматических факторов женского бесплодия

Относительно противоположной точки зрения придерживаются некоторые зарубежные авторы. Так, например, Э. В. Кришталь, М. В. Маркова [12] в своих работах говорят о том, что женщины с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией не различаются по устойчивым личностным качествам, не имеющим прямого отношения к адаптационным механизмам. Среди них экстраверсия – интроверсия, особенности когнитивной сферы, а также таким индивидуальным и социальным параметрам, как: возраст, образование, количество детей в семье, материальные и жилищные условия.

Замеченные отечественными исследователями особенности бесплодных женщин, заключающиеся в наличии конфликтных отношениях с матерью в детстве и искажении полоролевой идентификации, рассматриваются К. Беллом [5] через причинно-следственный механизм. В своей работе он описывает, что на развитие половой идентичности наряду с социальными ожиданиями относительно половых ролей сильное влияние оказывают идентификация и взаимодействие с матерью и отцом, внутреннее усвоение как родительских ожиданий и тревог, так и собственных сознательных и бессознательных фантазий по поводу собственного тела. Также им дополняется мысль об искажении гендерной идентичности в рамках современного социума: «Внутри патриархально устроенного общества женщине очень нелегко ощущать себя автономной и одновременно отождествить себя с образом матери/женщины, тоже ощущаемой как нечто автономное» [5]. Т. Вишман и соавторы [33] провели исследование с участием 564 супружеских пар, для создания и классификация

типичных психологических профилей бесплодных пар. В их исследовании изучались такие параметры как: социодемографический статус, мотивы рождения ребенка, степень удовлетворенности жизнью и отношениями с партнером, физические и психологические жалобы, а также личностные особенности обоих партнеров. Специфическими особенностями выборки оказались высокий образовательный уровень участников и большое количество идиопатической формы бесплодия у пар (27%). В результате исследования, единственной психологической характеристикой женщин, страдающих бесплодием, стали более высокие показатели по шкалам депрессии и тревожности, по сравнению со здоровыми в репродуктивном плане женщинами. По всем другим психологическим показателям между парами с бесплодием и парами из контрольной группы статистически значимых различий не оказалось. Также не было обнаружено статистически значимых различий между психологическими показателями пар с идиопатической формой бесплодия и пар с другими формами бесплодия. В результате был сделан вывод о невозможности определения типичного психологического профиля бесплодной пары с помощью стандартных психометрических методов. Противоположные результаты обнаружены в работе В.С.Зыбайло.[9] Им были выделены определенные психологические черты, присущие лицам с диагнозом бесплодие:

1) У лиц, страдающих бесплодием, имеются личностно-психологические и межличностные семейные особенности, которые могут выступать в роли психогенных факторов влияющих на infertility;

2) Женщины, страдающие бесплодием, достоверно чаще оценивают собственный брак и брак своих родителей как неудавшийся, что повышает риск infertility;

3) Для бесплодных женщин характерны индивидуально-психологические особенности, проявляющиеся в виде следующих личностных факторов: вторичных – эмоциональной сдержанность и практичность; первичных – доминирование, замкнутость, равнодушие, соперничество, подозрительность, самоуважение, безответственность, тревожность,

нечувствительность, напряженность, депрессивность, консерватизм и ригидность;

4) У женщин с бесплодием в сексуальных отношениях доминируют такие качества как: корысть, ревность, избирательность и щепетильность, которые усугубляются с увеличением стажа брака, а также уменьшается склонность к потребности быть любимой, экспрессивность, гиперсексуальность и нежность;

5) В группе женщин страдающих бесплодием значительно повышен уровень ситуативной/личностной тревожности и депрессии, что является базой для формирования соответствующих эмоциональных состояний и личностных особенностей, повышающих риск несостоятельности иметь нормальную беременность.

Влияние социальных установок на генез женского бесплодия обозначает в своих работах Апресян С.В. [3]. Согласно его исследованию, формированию негативного образа «Я» и развитию чувства неполноценности в связи с бесплодием способствуют такие индивидуальные особенности женщин как ориентация на мнения и оценки социального окружения, когнитивная недифференцированность в социальной перцепции, наличие в субъективной картине мира иррациональных представлений о женственности и материнстве. Бесплодие заставляет менять жизненные установки, требует переоценки ценностей, вносит элемент стресса в отношения между партнерами. Каждая пятая супружеская пара, страдающая бесплодием, нуждается в психологической помощи, переживает трудности, а порой и отчаяние от невозможности родить ребенка.

Таблица 1 – Психосоматические факторы

Автор	Психосоматические факторы
В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко	Для типа А: эмоциональная лабильность, болезненное отношение к неудачам, сверхценность беременности, искажение гендерной идентичности, снижение уровня социальной адаптации, конфликтные отношения с матерью, завышенная самооценка, повышенная тревожность; для типа Б:

	эмоциональная неустойчивость, низкий уровень общей активности; зависимость от окружающих, поиск внешней помощи, зависимые, симбиотические отношения с матерью, неуверенность в себе, заниженная самооценка, чувство вины, неуверенность в своей материнской компетентности, повышенная тревожность, невротизация по типу «бегство в болезнь», аутоагрессия, риск суицида
С.В. Апресян	Ориентация на мнения и оценки социального окружения, когнитивная недифференцированность в социальной перцепции, наличие в субъективной картине мира иррациональных представлений о женственности и материнстве
Н.А. Богдан	Заниженная самооценка, перфекционизм, конфликтные отношения с родителями в детстве.
Т. Вишман	Более высокие показатели по шкалам депрессии и тревожности
В.С. Зыбайло	Оценивают собственный брак и брак своих родителей как неудавшийся; эмоциональная сдержанность и практичность; доминирование, замкнутость, равнодушие, соперничество, подозрительность, безответственность, тревожность, депрессивность, консерватизм, ригидность; в сексуальных отношениях доминируют корысть, ревность, избирательность и щепетильность; значительно повышен уровень ситуативной/личностной тревожности
О.С. Каримова	Черты личности, присущие по типу поведения маскулиному гендеру
В.Д. Менделевич, Э.В. Макаричева	Психический инфантилизм, слабая половая конституция; неустойчивая самооценка, зависимость от мнения окружающих, склонность к депрессивным реакциям, эмоциональная лабильность, конфликтность.
Г.Г. Филлипова	Конфликт (на биологическом и психическом уровнях) между двумя типами потребностей (индивидуальном и видовом). При рассмотрении двух типов женщин с нарушением фертильности: для женщин группы А характерно неприятие своей женственности и подавленная гетероагрессия, неготовность к материнству, слабая сформированность образа ребенка, отсутствие динамики этого образа в течение беременности, в том числе преобладание в представлениях негативных черт ребенка или эйфорическая неосознанность его негативных черт,

	<p>негативное отношение к материнским обязанностям, эмоционально бедное или конфликтное представление о себе как о матери, конфликтные или некритично идеализированные представления о своей матери, представление о своей дочерней роли как источнике осложнений в жизни матери. Женщины группы Б: принятие своей женственности и подавленная аутоагрессия, неготовность к материнству в форме «тревожность», преимущество позитивных черт ребенка, сверхценность ребенка и материнства, обостренная материнская компетентность, склонность к гиперопеке, сверхценное отношение к материнским обязанностям, тревожное представление о себе как матери с заниженной самооценкой; симбиотические, амбивалентные или тревожные представления о своей матери; представление о своей дочерней роли как сверхценности для матери, одновременно с выраженной тревожностью.</p>
--	--

Резюмируя результаты исследований по проблеме бесплодия в области перинатальной психологии, чертами, присущими для женщин с диагнозом бесплодие, выделяемыми большинством авторов, являются искажение гендерной идентичности, нарушение образа матери, нарушения самооценки.

Таким образом, в работе под психосоматическими факторами бесплодия мы будем понимать условия острой или хронической психологической травмы, специфические особенности эмоционального реагирования личности при котором психосоциальный стресс находит свое отражение в телесных симптомах, в частности, в нарушении фертильности женщин.

II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ ПЕРВИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ

2.1. Дизайн исследования

Обследование проводилось на базе Свердловской областной клинической больницы (СОКБ) №1 на добровольной основе. В исследовании принимали участие женщины возраста от 21 до 30 лет, состоящие в браке, не имеющие детей. Всего в исследовании приняли участие 30 женщин, имеющих диагноз бесплодие. Все женщины находились в условиях стационара для уточнения диагноза. В качестве контрольной группы были опрошены 28 женщин в возрасте от 21 до 30 лет, состоящих в браке и имеющих ребенка в возрасте до 6 месяцев. Психодиагностика проводилась индивидуально, в 2 этапа, с перерывом в 1 день.

Для исследования психосоматических факторов у женщин с диагнозом первичное бесплодие были применены следующие психодиагностические методики:

1. Мультиmodalный опросник жизненной истории А. Лазаруса [13];
2. Симптоматический опросник SCL-90 [21];
3. Опросник удовлетворенности браком В.В. Столина [20];
4. Рисунок «Я и ребенок» [19];
5. Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса [7];
6. Тест чернильных пятен Роршаха [17].

Мультиmodalный опросник жизненной истории А. Лазаруса [13] представляет собой стандартизированное психодиагностическое интервью, затрагивающее практически все сферы жизни человека. Цель этой методики - получить комплексное представление о жизни опрашиваемой. Для исследования психосоматических факторов были выделены следующие разделы: «Семейное и социальное положение», «Чувства», «Мысли», «Брак (или близкие отношения)», «Сведения о менструации». Для анализа результатов, полученных данной

методикой был применен описательный метод. Особое внимание в разделе «семейное и социальное положение» уделялось вопросам о родителях, сиблингах, семейной ситуации в детстве в целом. В части «чувства» рассматривались все вопросы, так как в них раскрываются наиболее частые эмоциональные реакции обследуемой, а также возможные страхи, связанные с материнской сферой. Ответы на вопросы части «мысли» рассматривались как возможные социальные установки, а также их корреляция с описаниями характерных для себя черт. В пункте «Брак (или близкие отношения)» рассматривались вопросы, характеризующие отношения женщины в паре (т.е. с потенциальным отцом желаемого ребенка). Так как многими авторами [29] выделяется связь отношения к менструации, как принятие или неприятие женской роли и всего, с ней связанного, раздел «Сведения о менструации» рассматривался как идентификация себя с женщиной, отношения к своей репродуктивной сфере.

Симптоматический опросник SCL-90 (Опросник выраженности психопатологической симптоматики; Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) [21] предназначен для выявления психологического симптоматического статуса широкого круга лиц. Валидизация методики проводилась в 1976 г. Л. Дерогатис, К. Рикельс и А. Рок. Было произведено сопоставление шкал SCL-90 со шкалами MMPI. Результаты были получены на 119 «симптоматических добровольцах». Шкалы SCL имеют высокие корреляции с соответствующими симптоматическими группами MMPI, не включая группу симптомов ОКР. Результаты исследования показали высокий уровень валидности для SCL. Также валидизация методики проводилась в России одновременно с ее адаптацией в Институте психологии РАН в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии [21]. Опросник содержит данные по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации (som), обсессивно-компульсивных расстройств (о-с), межличностной сензитивности (int), депрессии (dep), тревожности (anx), враждебности (hos), фобической тревожности (phob), шкалу паранойяльной симптоматики (par), психотизма (psy). Дополнительно в опроснике есть два интегральных показателя, отражающих наличие

симптоматического дистресса (PSDI) и выраженность симптоматики (GSI). Также благодаря данным, полученным с помощью методики SCL-90 можно отследить эффективность психотерапии женщин. При обработке результатов, полученных данной методикой, в контексте исследования психосоматических факторов первичного бесплодия женщин, состоящих в браке, рассматривались шкалы соматизации (som), межличностной сензитивности (int), враждебности (hos).

Тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ) [20], разработанный в 1984г. В.В. Столиным, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко, предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности – неудовлетворенности браком, а также степени согласования – рассогласования удовлетворенности браком у той или иной социальной группы. В нашем исследовании параметр согласования – рассогласования не рассматривался, так как в большей степени интересовало отношение непосредственно женщины к ситуации в браке. В примененной методике удовлетворенность браком рассматривается как достаточно стойкое эмоциональное явление, которое содержит в себе чувство, обобщенную эмоцию, генерализованное переживание, а также рациональную оценку состояния брака по социальным параметрам, ситуациям совместной с партнером жизни. Опросник представляет собой одномерную шкалу, состоящую из 24 утверждений, которые группируют в шесть типов:

1. Сравнение своего брака с другими;
2. Предположение об оценке собственного брака со стороны;
3. Констатация собственных чувств, обращенных к супругу (как в настоящем, так и в прошлом времени);
4. Личная оценка партнера по ряду признаков;
5. Желание изменения личностных качеств супруга;
6. Позитивное или негативное отношение к браку в целом.

Также стоит отметить, что вопросы указанного опросника не касаются излишне интимных подробностей и фактов, благодаря чему опрошенные женщины давали ответы достаточно легко и без отказных реакций.

Проективная рисуночная методика «Я и мой ребенок» [19] используется для исследования материнской сферы женщины. Тест был разработан Г. Г. Филипповой в 2002 г. Целью методики является определение особенностей переживания ситуации материнства, восприятия себя и своего ребенка, а также ценности ребенка. При обработке полученных рисунков, на рисунке учитывалось присутствие матери и ребенка, непосредственно образ ребенка, его возраст, взаимодействие матери и ребенка (в случае его наличия), есть ли дистанция между ними. По результатам методики все опрошенные были разделены на 4 группы, предложенные Филипповой по признакам, указанным в рекомендациях при создании методики:

1. Благоприятная ситуация. В данную категорию попадали результаты, где мать и ребенок расположены по центру листа, лица обращены к зрителю. Ребенок изображен младенцем, либо в возрасте, приближенном к нему. На рисунке непосредственно люди, без замены образа матери и ребенка на какие-либо предметы, растения и животных. Младенец прорисован, не «спрятан».

2. Незначительные симптомы тревоги. Размеры ребенка сильно изменены, непропорциональны. На рисунке присутствуют другие люди, кроме матери и ребенка (например, муж, родители матери). Также стоит обратить внимание на присутствие посторонних предметов на рисунке, не относящихся к теме материнства. Симптомами тревоги также является изображение ребенка «за преградой», например, в коляске или кроватке. Дети этой группы, как правило, изображаются в раннем детском возрасте.

3. Наличие тревоги и неуверенность в себе. На рисунках указанной группы особое внимание испытываемая уделяет дополнительным деталям, пренебрегая основными: например, тщательно прорисовывает окружение, детали одежды, но при этом схематично изображает лица (себя и ребенка), нарушает пропорции своей и детской фигур. Отсутствует совместная деятельность. О необходимости поддержки от родных и неуверенности в своих силах говорит наличие изображений других (чаще нескольких) членов семьи.

4. Конфликт с беременностью. К этой группе были отнесены рисунки, на которых отсутствует ребенок или мать, либо они заменены на растения или

животных. На изображениях нет совместной деятельности (в том числе между образами), нет контакта. Младенец также может присутствовать на рисунке условно: например, в коляске, кроватке, в животе у матери (сам ребенок не нарисован, только предмет). Также следует отметить изображение большой дистанции между матерью и ребенком.

Такие признаки рисунка, как расположение рисунка на листе, нажим, качество линий, особые детали и подобные, принятые для всех проективных рисуночных тестов рассматривались только как дополняющие, например, при отнесения результата рисунка в одну из указанных выше групп.

Совладающее поведение женщин с диагнозом бесплодие исследовалось по методике Р. Лазаруса [7]. Опросник был разработан Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году. Переведена и адаптирована для применения в России в 2004 году Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой. Стандартизирована в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой. Указанный опросник стал первой стандартизированной методикой для определения копинг-стратегий. Цель методики – выявление доминирующей стратегии совладающего поведения, определения копинг-механизмов. В нашей работе был использован опросник в адаптации Л.И. Вассермана. Методика содержит 50 утверждений, каждый из которых относится к той или иной стратегии поведения при неблагоприятных обстоятельствах. Испытуемый, исходя из своего опыта решений проблемных ситуаций, должен отметить, как часто им используется каждый вариант поведения. Авторы выделяют восемь групп копинг-стратегий: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

Методика чернильных пятен была создана Г. Роршахом в 1921 году. Стимульный материал к проективному тесту включает в себя 10 стандартных таблиц с черно-белыми и цветными аморфными (слабоструктурированными) симметричными изображениями. Существует несколько интерпретаций результата теста Роршаха, авторами основных подходов являются: С. Бек и М.

Гертц, Б. Клопфер, З. Пиотровский, Д. Рапапорт, Э. Бохм. В нашей работе, при интерпретации результатов, мы будем опираться на положения, указанные в практическом руководстве Н. Рауш де Траубенберг [17], так как указанное практическое руководство является наиболее молодым (2005г.) и актуальным. В этой работе при описании полученных данных ответы рассматривались с точки зрения интерпретаций картин. Особое внимание уделялось карточкам № II и № VII, так как при их анализе можно выявить внутренний конфликт с материнской сферой. Н. Рауш де Траубенберг говорит о таблице № II следующее: «Воспринятое в целом, это пятно вызывает фантазии, отсылающие нас к прегенитальной проблематике, к рождению, к первоначальным отношениям с матерью, выступающим либо как симбиотические, либо как деструктивные» [17, с.183]. Более полно отношение к материнской сфере раскрывается при ответе на карточку № VII, про анализ которой Н. Рауш де Траубенберг пишет: «Символическая направленность здесь отчетливо женская, материнская. Обозначить свое положение относительно женского пола, относительно женского или материнского начала можно только во взаимосвязи со способом представленности материнского образа в первичном объектном отношении; поэтому воспринимаемые энграммы либо связаны с чувством безопасности вне зависимости от конкретного содержания ответа (игрушки, животные, человеческие образы), либо же они негативны, поскольку связаны с чувством покинутости («Кусок льда», «Разрушенные своды»)» [там же, с.187]. При обработке полученных результатов, данные теста Роршаха сопоставлялись с ответами о родительской семье в мультимодальном опроснике Лазаруса (см. выше).

Статистическая обработка проводилась компьютерной системой, предназначенной для анализа данных «Statistica 10». При обработке данных, группа женщин с диагнозом первичное бесплодие, состоящих в браке (экспериментальная) была условно обозначена «группа 1». Группа женщин, имеющих детей в возрасте до 6 месяцев (контрольная) обозначена «группа 2». Статистическая значимость рассматривалась при $p < 0,05000$. Полученные

результаты не попадали под нормальное распределение, поэтому был применен непараметрический критерий, а именно U-критерий Манна-Уитни.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования психосоматических факторов у женщин с диагнозом первичное бесплодие, состоящих в браке

По результатам мультимодального опросника А. Лазаруса можно выделить следующие, общие для большинства женщин с бесплодием факты биографии, отличающиеся от многих жизненных историй здоровых женщин. В категории «Семейное и социальное положение» отмечаются достаточно сухие, сдержанные отношения с матерью, а также требовательность родителей по отношению к дочери. Все испытуемые отмечают отношения как «нормальные», «обычные», при просьбе уточнить обнаруживается отсутствие доверительных отношений (не рассказывали о проблемах в школе, влюбленностях, проблемах с друзьями, истинных желаниях и так далее) и отсутствие физического контакта со стороны родителей (не обнимали, не укрывали одеялом перед сном). Часто опрошенные женщины говорили о том, что родители требовали от них достижений и призывали к повышенной ответственности. Например, часто обесценивали успехи фразами «можешь лучше», «это все могут», «раз выиграла олимпиаду – теперь нужно будет обязательно на отлично сдать экзамен и в столице учиться», «третьим местом нельзя гордиться, нужно было стараться» и тому подобные. Можно предположить, что неосознаваемое чувство обиды на родителей не позволяет стать женщине «такой же», доставлять те же чувства и эмоции своему ребенку. К тому же, стоит отметить тот факт, что 23 из 30 женщин (76,7%) в наблюдаемой группе были старшими сестрами и имели те или иные обязанности по воспитанию младших сиблингов и уходу за ними, а также наказания и упреки, в случае недостаточно качественного, по мнению родителей, исполнения поручений (в экспериментальной группе младших братьев и сестер имели 4 из 28 опрошенных, что составляет 14,3%). Поскольку обязанности по воспитанию младших сиблингов, возложенные на женщин, в детстве, как на

старших сестер зачастую не соответствовали по силам и жизненному опыту возрасту, это повлекло за собой негативные впечатления от взаимодействия с детьми и заботой о них. В будущем, когда женщина в браке сознательно решает родить ребенка, бессознательная неприязнь к материнским обязанностям, через психосоматические механизмы не дает ей забеременеть. В категории «Мысли» прослеживается тенденция женщин, не имеющих детей, к перфекционизму, стремление быть «правильными», «идеальными»: на суждения «я не должен ошибаться», «я должен делать все хорошо», «я должен стремиться быть совершенным», «очень важно нравиться людям» 18 из 30 человек (60%) отмечают варианты «согласен» и «полностью согласен». Для сравнения – в группе женщин, ставших матерями, подобные ответы дают только 3 из 28 (10,7%). В контексте проблемы репродуктивного здоровья, этот факт можно связать с бессознательным страхом стать неидеальной матерью. Аналогичная ситуация и в пункте «Чувства» при описании страхов: исследуемые женщины часто связывали страхи с работой, успешностью и мнением окружающих об их социальном положении (страх потерять работу, не продвинуться по карьерной лестнице, «стать разведенной», быть «не такой как все» и так далее), в то время как группа матерей редко упоминала о подобных страхах (в случае «быть плохой матерью»). Также стоит отметить тот факт, что опрошенные наблюдаемой группы затруднялись при описании ситуации, когда они чувствовали себя спокойными и расслабленными, в том числе называли вопрос некорректным и странным. В разделе «Брак (или близкие отношения)» большинство женщин с бесплодием описывали супруга «социально-значимыми» прилагательными (например, «обеспеченный», «образованный», а также его профессию), в то время как женщины экспериментальной группы чаще описывали черты характера («заботливый», «нежный», «веселый», «скромный», «любящий» и так далее). В вопросах, обобщённых как «Сведения о менструации» значимых различий в ответах у групп выявлено не было.

Для статистической обработки результатов, полученных по методике «Симптоматический опросник SCL-90», был применен U-критерий Манна-Уитни. Данные анализа приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительный статистический анализ результатов методики «Симптоматический опросник SCL-90»

U критерий Манна-Уитни Отмеченные критерии значимы на уровне $p < 0,05000$										
	Сум.п анг - Групп а 1	Сум.ранг - Группа 2	U	Z	p- уров .	Z - скор р.	p- уров .	N - Групп а 1	N - Групп а 2	2-х стор - точное p
som	1126,0 00	585,0000	179, 0000	3,74 2313	0,00 0182	3,747 041	0,00 0179	30	28	0,000110
int	1102,0 00	609,0000	203, 0000	3,36 8859	0,00 0755	3,375 980	0,00 0736	30	28	0,000557
hos	968,50 0	742,5000	336, 5000	1,29 1526	0,19 6522	1,301 777	0,19 2993	30	28	0,195396

Примечание – жирным шрифтом выделены статистически значимые различия

По результатам, отраженным в таблице 2, статистически значимые различия между группами были получены по шкалам «Соматизация» и «Межличностная сензитивность». Показатели по шкале соматизации, согласно Н.В. Тарабиной [20] свидетельствуют о дистрессе, возникающем из ощущения телесной дисфункции. Также показатель в целом говорит о большей фиксации на своих телесных ощущениях бесплодными женщинами, вплоть до ипохондрии. Можно предположить также уход в болезнь при наступлении неблагоприятной ситуации. В том числе, повышенные показатели по шкале соматизации позволяют предположить склонность женщин, имеющих проблемы с фертильностью, к психосоматическим проявлениям. Различия показателя «Межличностная сензитивность» отражают склонность женщин с диагнозом бесплодие к чувству личностной неполноценности, сравнению себя с другими, самоосуждению, что приводит к дискомфорту в процессе межличностного

взаимодействия. Эти данные также можно объяснить фактом, что многие девушки с указанным диагнозом считают себя неполноценными без ребенка, так как не соответствуют «социальным нормам». Женщины с нарушением репродуктивного здоровья склонны искать в себе недостатки, фиксироваться на неуспехе, обесценивать достижения. Также исследователями указывается, что при повышенных показаниях по шкале межличностной сензитивности, люди склонны отказываться от контактов, а также предполагать их негативный исход, так как думают, что являются «обузой» для собеседников, неинтересными для партнера, считают, что окружающие плохого мнения о них.

Результаты опросника удовлетворенности браком В.В. Столина, представлены в таблице 3, а также на диаграмме (см. рис.1). Статистически значимых различий по степени удовлетворенности браком у женщин, имеющих диагноз бесплодие и здоровых, выявлено не было. Однако, стоит отметить, что в опроснике женщинами часто указывались социально одобряемые ответы. В том числе, результаты опросника имели расхождения с ответами в разделе «Брак (или близкие отношения)» в мультимодальном опроснике жизненной истории А. Лазаруса у некоторых женщин. Также стоит отметить, что по результату методики В.В. Столина, более 65% пар в каждой группе относятся к «абсолютно благополучным», более 14% к благополучным. К переходным, а также скорее неблагополучным парам были отнесены всего 3 женщины среди всех опрошенных, к неблагополучным и абсолютно неблагополучным – ни одна. Однако можно предположить наличие среди опрошенных женщин, неудовлетворенных ситуацией в браке, но сознательно не демонстрирующих это в силу социальных стереотипов, а также страха неодобрения и осуждения со стороны общества. Об этом свидетельствует и тот факт, что при ответе на вопросы, как правило, не давались отрицательные ответы (расценивающие какую-либо сторону брака как неблагополучную), а отмечался неопределенный ответ (например, «трудно сказать», «затрудняюсь ответить» и т.д.).

Таблица 3 - Результаты статистического анализа удовлетворенности браком групп исследуемых женщин

U критерий Манна-Уитни Отмеченные критерии значимы на уровне $p < ,05000$										
	Сум.ранг - Группа 1	Сум.ранг - Группа 2	U	Z	p-уров.	Z - скорр.	p-уров.	N - Группа 1	N - Группа 2	2-х стор. - точное p
Уровень удовл.	845,0000	866,0000	380,0000	-0,614642	0,538792	-0,617814	0,536698	30	28	0,541586

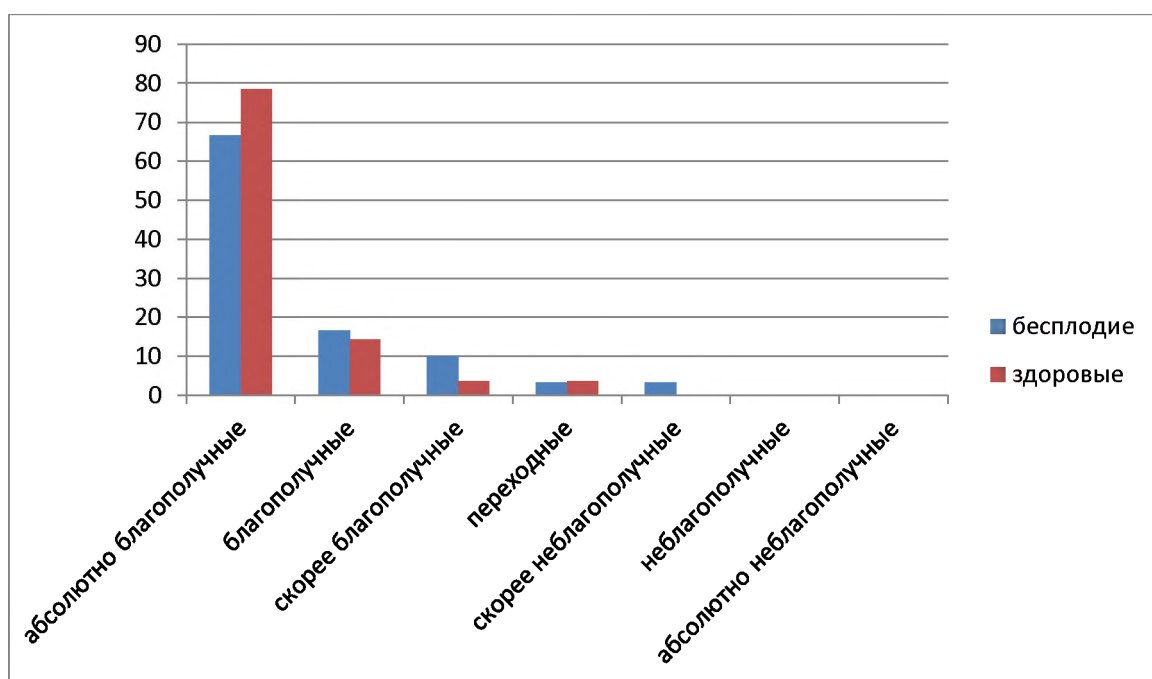


Рисунок 1 - Распределение уровня удовлетворенности браком среди исследуемых женщин (%)

По результатам интерпретации графической проективной методики «Я и ребенок», можно сделать следующие выводы (см. рисунок 2): 53,3% женщин с диагнозом бесплодие, имеют конфликт с беременностью. На подобных рисунках люди часто изображались в углу (см. приложение), а также ребенок не прорисовывался, изображался в коляске, либо кроватке (в том числе, самого ребенка не было на рисунке, лишь пояснялось, что он там находится). В контрольной группе подобные признаки на рисунке были выявлены только у 1

матери (3,57%). Признаки, характеризующие рисунок как «тревога и неуверенность в себе», были продемонстрированы на рисунках 26,7% женщин экспериментальной группы. Чаще всего, на рисунках отсутствовала совместная деятельность, изображался ребенок дошкольного возраста, а также не были прорисованы лица. Для сравнения, в данную категорию, среди здоровых женщин, попали рисунки 10,7% опрошенных. В категорию «незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности» вошли рисунки 13,3% женщин, не имеющих детей и 21,43% родивших женщин. Рисунки, демонстрирующие благоприятную ситуацию, изобразили 6,67% экспериментальной группы и 64,3% контрольной группы. Рисунки данной категории располагались по центру листа, мать и ребенок были прорисованы, младенец изображался на руках у матери, на лице женщины часто присутствует улыбка. Таким образом, можно сделать вывод, что по данной методике были выявлены различия в отношении к беременности и материнству у наблюдаемых групп: большинство бесплодных женщин продемонстрировали конфликтное отношение к беременности, в то время как женщины, имеющие детей, преимущественно находятся в благоприятной ситуации.

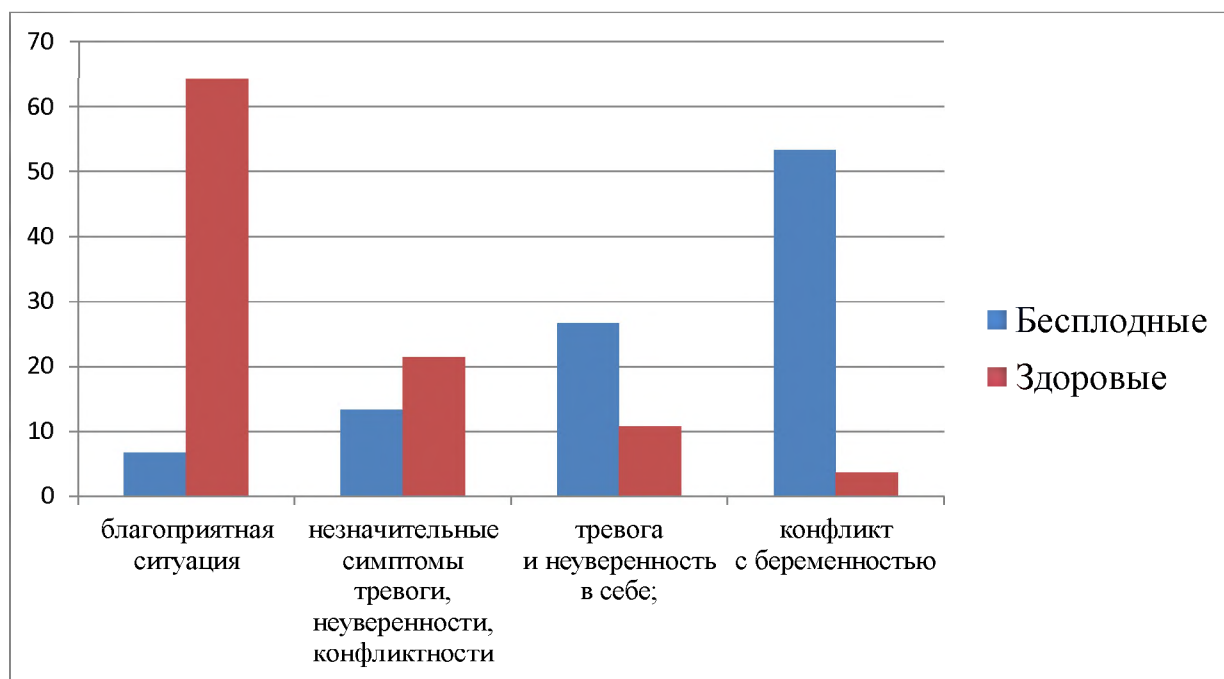


Рисунок 2 - Результаты теста "Я и ребенок" (%)

Для статистической обработки результатов методики копинг-стратегий Лазаруса был применен U-критерий Манна-Уитни. При сравнительном анализе стилей совладающего поведения у испытуемых, имеющих и не имеющих диагноз бесплодие, были выявлены достоверные различия по отдельным шкалам. Статистически значимые расхождения, представленные в таблице 4, отмечаются для групп копинг-стратегий «Конфронтация», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности».

Таблица 4 - Сравнительный статистический анализ стилей совладающего поведения

U критерий Манна-Уитни Отмеченные критерии значимы на уровне $p < 0,05000$										
Копинг-стратегии	Сум.ранг - Группа 1	Сум.ранг - Группа 2	U	Z	р-уров.	Z - скор.р.	р-уров.	N - Группа 1	N - Группа 2	2-х стор. точное p
конфронтация	1068,500	642,500	236,5000	2,84758	0,004406	2,85413	0,004316	30	28	0,003765
дистанцирование	827,500	883,500	362,5000	-0,88695	0,375106	-0,89000	0,373469	30	28	0,373706
самоконтроль	1054,000	657,000	251,0000	2,62195	0,008743	2,62993	0,008541	30	28	0,008039
поиск соц.поддержки	649,500	1061,500	184,5000	-3,65673	0,000255	-3,66701	0,000245	30	28	0,000157
принятие ответственности	1120,500	590,500	184,5000	3,65673	0,000255	3,67726	0,000236	30	28	0,000157
бегство-избегание	856,000	855,000	391,0000	-0,44348	0,657422	-0,44500	0,656317	30	28	0,659776
планирование решения проблемы	901,500	809,500	403,5000	0,24897	0,803385	0,24999	0,802595	30	28	0,798893
положительная переоценка	871,500	839,500	406,5000	-0,20229	0,839692	-0,20293	0,839189	30	28	0,834882

Примечание – жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

По результатам, представленным в таблице 2, можно выделить следующие стратегии копинг-механизмов, характерные для женщин с диагнозом бесплодие: «Конфронтация», «Самоконтроль», «Принятие ответственности». Стилль совладающего поведения «Конфронтация» в адаптации Л.И. Вассермана рекомендуется рассматривать как неадаптивную [7]. Данный тип поведения предполагает разрешение проблемной ситуации за счет осуществления конкретных действий, направленных на изменение обстоятельств, либо на отреагирование негативных эмоций, однако эта поведенческая активность не всегда целенаправленна. Несмотря на внешнюю активность, стратегия считается неадаптивной, так как при таком типе реагирования, часто наблюдается импульсивность в поведении, в том числе с элементами враждебности и конфликтности, трудности в прогнозировании результатов и планирования деятельности, коррекции своего поведения. В результате, при внешне активной деятельности, ситуация не разрешается, так как вместо принятия обдуманного ряда мер, человек демонстрирует набор хаотичных действий, которые в большей степени способствуют снятию эмоционального напряжения. Однако стоит заметить, что при умеренном использовании, данный копинг обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, предприимчивость при разрешении ситуации. Характерный среди исследуемой группы, копинг «Самоконтроль» описывается как высокий контроль поведения и эмоций (а именно над их проявлением, а также влиянием на оценку проблемной ситуации). Так как указанная стратегия рассматривается как предпочитаемая у экспериментальной группы, то, Согласно Л.И. Вассерману [7], их можно охарактеризовать как личностей со стремлением скрывать от окружающих свои чувства, переживания в трудной ситуации, а также завышенному уровню притязаний, что приводит к сверхконтролю поведения. Еще при одном предпочитаемом стиле совладающего поведения «Принятие ответственности», для личности характерно признание своей роли в возникновении

ответственности, в том числе с элементами самокритики и самообвинения. По указанным выше данным, также можно выделить копинг-стратегию «Поиск социальной поддержки», как нехарактерный для экспериментальной группы. Для женщин с диагнозом бесплодие, в проблемной ситуации нетипично искать помощь и эмоциональную поддержку у окружения, ожидать внимания, сочувствия. Сюда также относится обращение к социуму за информационной поддержкой. Во всех указанных типах совладающего поведения общим можно выделить то, что в проблемных ситуациях бесплодные женщины имеют проблемы с выражением эмоций и чувств, демонстрации их другим: скрывают их, контролируют, либо излишне ярко, импульсивно демонстрируют. Также у исследуемых женщин наблюдаются трудности во взаимодействии с окружающими при наступлении неблагоприятных событий.

При обработке теста чернильных пятен Роршаха, в группе исследуемых женщин с диагнозом бесплодие, на «материнскую» VII карточку были получены «негативные» (по Рауш де Траунберг) ответы, связанные с чувством покинутости: пепел, кляксы, лед, разводы и тому подобное. Также многими женщины в этой группе были увидены «строгие женские головы» (головы женщин символизируют чувства человека, связанные с образом матери), «детские головы» (такое восприятие может свидетельствовать о необходимости анализа и корректировки отношений человека с матерью). Стоит отметить увеличение латентного времени при ответе на карточку у 23 из 30 (76,67%) женщин экспериментальной группы, в отличие от контрольной группы, где время было увеличено лишь у 6 из 28 (21,4%), что также может свидетельствовать о наличии конфликта с матерью, принятием своего материнства. Подобная ситуация наблюдалась при ответе на карточку №II: латентное время ответа было увеличено у 20 из 30 опрошенных бесплодных женщин (66,7%) и у 8 из 28 (28,6%) фертильных женщин. Поскольку Рауш де Траунберг выделяет ответы на указанные карточки, как связанные с материнской сферой [16], можно предположить наличие внутреннего конфликта с матерью у большинства бесплодных женщин.

Резюмируя результаты методик, можно сказать о следующих выявленных психосоматических факторах первичного бесплодия у женщин, состоящих в браке:

1. У большинства женщин, имеющих проблемы с фертильностью в детстве были сухие, сдержанные отношения с матерью, требовательность родителей по отношению к дочери, отсутствие доверительных отношений с ними. Многие бесплодные женщины были старшими сестрами и имели те или иные обязанности по воспитанию младших сиблингов и уходу за ними.

2. Выявлена тенденция женщин, не имеющих детей, к перфекционизму, стремлению быть лучше других. В контексте проблемы репродуктивного здоровья, этот факт можно связать с бессознательным страхом стать неидеальной матерью.

3. Склонность женщин, имеющих проблемы с фертильностью, к фиксации на своих телесных ощущениях, вплоть до ипохондрии, а также к психосоматическим проявлениям.

4. Тенденция женщин с диагнозом бесплодие к чувству личностной неполноценности, сравнению себя с другими, самоосуждению, что приводит к дискомфорту в процессе межличностного взаимодействия.

5. Статистически значимых различий по степени удовлетворенности браком у женщин, имеющих диагноз бесплодие и здоровых, выявлено не было. Однако, стоит отметить, что данные по опроснику удовлетворенности браком В.В. Столина имели расхождения с мультимодальным опросником жизненной истории Лазаруса в отношении данного вопроса.

6. По результатам интерпретации графической проективной методики «Я и ребенок», больше половины женщин с диагнозом бесплодие, имеют конфликт с беременностью, материнской сферой. Тревогу и неуверенность в себе продемонстрировали на рисунках 26,7% женщин экспериментальной группы. Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности показали 13,3%, благоприятную ситуацию беременности можно наблюдать лишь у 6,67% женщин.

7. Характерными для женщин с диагнозом бесплодие, являются такие копинг-стратегии как «Конфронтация», «Самоконтроль», «Принятие ответственности». Редко, по сравнению со здоровыми в репродуктивном плане женщинами, используется стиль совладающего поведения «Поиск социальной поддержки».

8. Наличие внутреннего конфликта с матерью и собственной материнской сферой у большинства бесплодных женщин, который можно было наблюдать в результате проведения теста чернильных пятен Роршаха.

III. ПРОГРАММА ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИН, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ

Программа психокоррекции женщин с диагнозом бесплодие, должна состоять из двух этапов. Первый этап – снятие эмоционального напряжения и уменьшения уровня стресса, вызванного непосредственно принятием диагноза, переживаниями по поводу невозможности иметь ребенка, социальной стигматизацией бесплодной женщины. Второй этап – выявление непосредственно психосоматических факторов первичного бесплодия и работа по их устранению, либо уменьшению.

Необходимость первого этапа демонстрирует в своем исследовании группа исследователей, возглавляемая Т. Вишманом [33]. Ими было обследовано почти 2000 мужчин и женщин, собраны данные, как при попытке создать личностный профиль бесплодных пар (см. главу 1) о социодемографических условиях жизни семей, мотивах рождения ребенка, форме бесплодия, степени удовлетворенности жизнью и отношениями с партнером, физических и психических жалобах. Полученные результаты сравнивали по трем группам: проходящих в данный момент консультирование, планирующих пройти консультирование и тех, кто не желал посещать консультации клинических психологов. В результате в группе проходящих консультирование оказалось больше пар, переживающих бесплодие как тяжелый стресс. Женщин, желавших пройти курс консультирования, отличал от пациенток, не обратившихся к психологу, более высокий уровень психологического стресса, причиной которого были переживания по поводу невозможности иметь ребенка и/или, что особенно интересно, субъективная высокая оценка собственной востребованности. Т. Вишман пришел к выводу, что для многих пар кризисная ситуация, связанная с невозможностью зачатия, является причиной кумулятивной психологической травмы, и они, действительно, нуждаются не только в медицинском лечении, но и в курсе психотерапии [33, 34].

Обязательным элементом терапии является семейная психотерапия. Особенно полезной является при наличии конфликтной ситуации в супружеской

паре вследствие бесплодия жены. В ходе терапии даются необходимые рекомендации по оптимальному поведению дома, созданию доброжелательной атмосферы. В случае длительного отсутствия положительного эффекта от терапии с семейной парой психологически прорабатывается возможность взять на воспитание приемных детей [18].

Говоря об результативности работы с пациентками с нарушением фертильности, следует сказать об исследовании М. Нейсер, П. Малевиски и И. Ватермана [26], которое было посвящено оценке эффективности консультирования женщин, с диагнозом бесплодие. Для сравнения результатов были набраны три группы: первая группа – пациентки, имеющие психосоматические проблемы в связи с зачатием/беременностью/родами; вторая – пациентки, страдающие онкологическими заболеваниями соматопсихического характера; третья – пациентки с нарушениями менструального цикла, соматизированными и сексуальными расстройствами. По результатам анализа, самой высокой эффективности удалось добиться именно в первой группе, что доказывает эффективность психотерапии и психокоррекции женщин с бесплодием.

В своей работе Белинская В.В. рекомендует при работе с женщинами, имеющими проблемы с зачатием, на втором этапе выделять следующие блоки работы:

- работа с повышенной тревожностью;
- проработка отношений с матерью;
- работа с образом «Я» и самооценкой;
- актуализация ресурсов с помощью ресурсных техник [4].

По результатам исследования, описанного в главе 2 можно предложить также вариант работы со следующими психосоматическими особенностями:

1) Работа по изменению стиля совладающего поведения. Поскольку по результатам методики стилей совладающего поведения Р. Лазаруса, было выявлено, что женщины с нарушением фертильности зачастую используют неадаптивные копинг-стратегии (а именно: «Конфронтация», «Самоконтроль», «Принятие ответственности»), необходимо уменьшить их проявление. Однако

стоит обратить внимание на тот факт, что необходимо именно уменьшить проявление копинг-механизма, так при умеренном использовании привычные для них копинг-стратегии все-таки помогают им адаптироваться. Так, например, стратегия «конфронтация» при умеренном использовании обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессогенных условиях. При работе по изменению стилей совладающего поведения можно предположить эффективность применения методов когнитивно-поведенческой и эмоционально-рациональной терапии.

2) Необходимость работы с чувством личностной неполноценности, самоосуждению, низкой самооценкой. В устранение данных симптомов свою эффективность демонстрируют гештальт-подход, когнитивно-поведенческая, эмоционально-рациональная и психоаналитическая терапия.

3) Проработка внутреннего конфликта с матерью, принятие своей материнской роли. С внутренними конфликтами показывают свою эффективность методы психоанализа. В частности, большой вклад по работе с ними был внесен К. Хорни [25], на чью концепцию можно опираться при работе с указанным фактором.

4) Работа по уменьшению гиперответственности, страха перед родительскими обязанностями. Можно предположить результативность работы при применении методов когнитивно-поведенческой, эмоционально-рациональной и психоаналитической терапии.

Таким образом, можно сделать вывод, что при лечении бесплодия необходима комплексная работа врачей и клинических психологов. Особенно вопрос актуален при работе с идиопатическими формами бесплодия. Также применение методов, описанных в первом этапе работы, рекомендуется проводить при всех видах нарушения репродуктивного здоровья женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проделанной работы можно сделать следующие выводы:

1. В результате рассмотрения первичного бесплодия как психосоматической проблемы, можно выделить ряд черт, указываемых многими авторами. В частности большинство авторов демонстрируют в своих исследованиях искажение женской идентичности: усиление маскулинных качеств, проблема самооценки (большинством рассматривается именно заниженная, хотя встречаются исследования, где самооценка бесплодных женщин, наоборот – завышенная).

2. В результате исследования взаимоотношения женщин, имеющих диагноз бесплодие, с их матерями, было выявлено, что у большинства из них в детстве были сухие, сдержанные отношения с матерью, отсутствие доверительных отношений (не рассказывали о проблемах в школе, влюбленностях, проблемах с друзьями, истинных желаниях и так далее) и отсутствие физического контакта со стороны родителей (не обнимали, не укрывали одеялом перед сном). Также среди женщин, имеющих проблемы с фертильностью, была обнаружена в детстве требовательность родителей по отношению к дочери. Результаты теста Роршаха позволили предположить наличие внутреннего конфликта с матерью и собственной материнской сферой у большинства бесплодных женщин.

3. В ходе работы были выявлены следующие психосоматические факторы первичного бесплодия у женщин, состоящих в браке:

- 1) Большое количество обязанностей по воспитанию младших сиблингов и уходу за ними, а также ответственность за них.
- 2) Выявлена тенденция женщин, не имеющих детей, к перфекционизму, стремлению быть лучше других. В контексте проблемы репродуктивного здоровья, этот факт можно связать с бессознательным страхом стать неидеальной матерью.

- 3) Склонность женщин, имеющих проблемы с фертильностью, к фиксации на своих телесных ощущениях, вплоть до ипохондрии, а также к психосоматическим проявлениям.
- 4) Тенденция женщин с диагнозом бесплодие к чувству личностной неполноценности, сравнению себя с другими, самоосуждению, низкая самооценка, что приводит к дискомфорту в процессе межличностного взаимодействия.
- 5) Конфликт с беременностью, материнской сферой, а также тревога и неуверенность в себе в роли матери.
- 6) Преимущественное использование таких копинг-стратегии как «Конфронтация», «Самоконтроль», «Принятие ответственности». Редко, по сравнению со здоровыми в репродуктивном плане женщинами, используется стиль совладающего поведения «Поиск социальной поддержки».
- 7) Наличие внутреннего конфликта с матерью и принятие собственной материнской роли.

4. Программа психокоррекции женщин с диагнозом бесплодие, должна состоять из двух этапов. Первый этап – снятие напряжения, вызванного непосредственно принятием диагноза, социальной стигматизацией бесплодной женщины. Второй этап – выявление непосредственно психосоматических факторов первичного бесплодия и работа по их устранению, либо уменьшению.

В ходе работы была показана актуальность исследования психосоматических факторов первичного бесплодия, поскольку на настоящий момент нет единой концепции, которая полностью объясняла бы психологические особенности и механизмы возникновения исследуемого заболевания. Также наблюдаются расхождения в результатах исследования зарубежных и отечественных авторов, что еще раз доказывает необходимость изучения вопроса российскими специалистами, с учетом социокультурных, исторических и мотивационно-ценностных различий. Особенно актуальным является изучение подходов психотерапии и психокоррекции психосоматического бесплодия, в том числе исследование оценки

эффективности указанных методов, поскольку данный вопрос на настоящее время мало изучен и освещен в литературе. В работе показали свою эффективность выбранные методы работы, а именно применение проективных методик в сочетании с опросниками и интервью, что позволило описать целостную картину по изучаемым вопросам. Также можно отметить перспективность проведения лонгитюдного исследования пар, на этапе планирования беременности, не проходивших до момента тестирования дополнительных медицинских обследований и не имеющих попытки завести ребенка до этого момента, с целью получения данных о преморбидных психологических особенностях. Такое построение исследования позволит сравнить результаты групп как здоровых в репродуктивном плане, так и людей с нарушением фертильности, исключая влияния рождения ребенка и психологических факторов, являющихся последствием лечения проблем бесплодия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник/Росстат. - М., Росстат, 2017. – С.18-19.
2. Абрамченко, В.В. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности/ В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко// Перинатальная психология и медицина: Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. — СПб, 2001. — С. 24–29
3. Апресян, С.В. Медико-психологические аспекты бесплодия / С.В. Апресян, А.А. Абашидзе, В. Ф. Аракелян // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2013. – № 1. – С. 8–9
4. Белинская, Е.В. Психологические особенности женщин, страдающих бесплодием/ Е.В. Белинская// Педагогика и психология: актуальные вопросы теории и практики: Материалы междунар. науч.–практ. конф. — Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2013. — С. 148–151
5. Белл, К. Мать и дочь – трудное равновесие/ К. Белл// Консультативная психология и психотерапия, 1998. — № 1. — С. 12–28.
6. Богдан, Н.А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО/ Н.А. Богдан// Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Матер. Всерос. Науч.-практ. конф.— Иваново, 2001. — С. 98–101.
7. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: Пособие для врачей и медицинских психологов/ Л.И. Вассерман [и др.]. — СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2009. — 38 с.
8. Добряков, И. В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.

9. Зыбайло, В. С. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием/ В.С. Зыбайло, В.Ю. Филимоненкова, А.В. Копытов // Медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 82-87
10. Карымова, О.С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / О.С. Карымова. – СПб, 2010. – 241с.
11. Колчин, А. В. Психологические аспекты репродукции человека/ А.В. Колчин// Проблемы репродукции. – М.,1995. – №3. – С. 12-13
12. Кришталь, Э.В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии/ Э.В. Кришталь, М.В. Маркова// Медицинская психология, 2008. – №3 – С.17-22
13. Лазарус, А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
14. Ланцбург, М.Е. Исследования психосоматических аспектов гинекологических и андрологических заболеваний и бесплодия/ М.Е. Ланцбург, Т.В. Крысанова, Е.В. Соловьева // Современная зарубежная психология 2016. Том 5. № 2. С. 67–77.
15. Макаричева, Э.В. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие/ Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич// Социальная и клиническая психиатрия, 1996. – №3. – С. 20-22.
16. Мурашко, О. О. Психологические особенности переживания женщиной бесплодия и преодоления его с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / О. О. Мурашко // Социально-психологическое измерение развития семьи: материалы науч.-практ. семинара / Центр экологии семьи, Институт социальной и политической психологии. – Киев, 2005. – С. 133–139
17. Рауш де Траубенберг, Н.К. Тест Роршаха: Практическое руководство/ Н.К. Рауш де Траубенберг. - М: Когито-Центр, 2005. – 255 с.

18. Сгибов, В.Н. Интегративная психотерапия пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием/ В.Н. Сгибов// Психотерапия, 2008. – № 8. – С. 39-42.
19. Сидоров, П.И. Перинатальная психология. Учебное пособие/ П.И. Сидоров, Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 143с.
20. Столин, В.В. Опросник удовлетворенности браком/ В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко// Вестник Московского Университета. Психология, 1984. – №2. – с. 54-60.
21. Тарабина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса/ Под ред. Н.В.Тарабриной. СПб.: Питер, 2001. – С. 146–181.
22. Тухтарова, И.В. Соматопсихология: Учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология»/ И.В. Тухтарова, Т.З. Биктимиров. – Ульяновск: УлГУ, 2005. – 19с.
23. Филиппова, Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие/ Г.Г. Филиппова. — М.: Институт Психотерапии, 2002. — 240 с.
24. Филиппова, Г.Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности/ Г.Г. Филиппова// Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Материалы Всерос. Конференции — Иваново, 2001. — С. 4–11.
25. Хорни, К. Наши внутренние конфликты/ К. Хорни. – М.: Академический проект, 2007. – 224с.
26. Neises, M., Psychosocial Conditions and Psychosomatic Disorders in Gynecology/ M. Neises, P. Malewski, E. Watermann// Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. BOOK OF ABSTRACTS: XV International Congress of ISPOG, 2007. – Vol. 28. – P. 36
27. Гладкая, В.С. Современные тенденции репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женского населения в России/ В.С. Гладкая, В.Л. Грицинская, Н.Н. Медведева// Мать и Дитя в Кузбассе. – 2017. — № 1 (68) — С.10-14.// [Электронный ресурс] URL:

<http://mednauki.ru/index.php/MD/issue/viewIssue/198/198> (дата обращения: 28.10.2017).

28. Джамалудинова, А. Ф., Репродуктивное здоровье населения России/ А.Ф. Джамалудинова, М.М. Гонян // Молодой ученый. — 2017. — №14.2. — С.10-13. // [Электронный ресурс] URL <https://moluch.ru/archive/148/41893/> (дата обращения: 26.12.2017).

29. Мордас, Е.С. Исторический контекст комплекса менструации/ Е.С. Мордас// Психолог. — 2013. — № 4. — С.122-154// [Электронный ресурс] URL: http://e-notabene.ru/psp/article_697.html (дата обращения: 17.11.2017).

30. Филиппова, Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика/ Г.Г. Филиппова// Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2011. — N 6// [Электронный ресурс] URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 19.08.2017)

31. Abbasi, A. «Where Do the Ova Go?» An Analytic Exploration of Fantasies Regarding Infertility/ A. Abbasi // Psychoanalytic Inquiry. — 2011. — Vol.31, No4. — P. 366–379.// [Электронный ресурс] URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07351690.2010.516228> (дата обращения: 20.11.2017).

32. Ferro, A. Creativity in the Consulting Room: Factors of Fertility and Infertility/ A. Ferro// Psychoanalytic Inquiry. — 2012. — Vol. 32, No 3. — P. 257–274// [Электронный ресурс] URL: <http://opensample.info/creativity-in-the-consulting-room-factors-of-fertility-and-infertility> (дата обращения: 11.11.2017).

33. Wischmann, T. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counseling / T. Wischmann, H. Scherg, Th. Strowitzki, R. Verres// Human Reproduction. — 2009. — Vol. 24, № 2. —P. 378–385// [Электронный ресурс] URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/2/378.full> (дата обращения: 17.10.2017).

34. Wischmann, T. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the «Heidelberg Fertile Consultation Service»/ T. Wischmann, H. Stammer, Gerhard I. Scherg, R. Verres // Human Reproduction. — 2001. — № 16 (8). —P. 1753–1761// [Электронный ресурс] URL:

<http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/8/1753.full> (дата обращения:
20.10.2017).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Симптоматический опросник SCL-90

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, которые иногда возникают у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Поставьте галочку в колонку с тем ответом, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Поставьте только одну галочку в каждом пункте, не пропуская ни одного предложения.

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:	Совсем нет	Немн ого	Умерен но	Сильно	Очень сильно
1. Головные боли					
2. Нервозность или внутренняя дрожь					
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные					
4. Слабость или головокружения					
5. Потеря сексуального влечения или					
6. Чувство недовольства другими					
7. Ощущение, что кто-то другой может					
8. Ощущение, что почти во всех Ваших					
9. Проблемы с памятью					
10. Ваша небрежность или неряшливость					
11. Легко возникающая досада или раздражение					
12. Боли в сердце или в грудной клетке					
13. Чувство страха в открытых местах или на					
14. Упадок сил или заторможенность					
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16. То, что Вы слышите голоса, которых не					
17. Дрожь					
18. Чувство, что большинству людей нельзя					

19. Плохой аппетит					
20. Слезливость					
21. Застенчивость или скованность в общении с					
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы					
23. Неожиданный и беспричинный страх					
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли					
25. Боязнь выйти из дома одному					
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты					
27. Боли в пояснице					
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать					
29. Чувство одиночества					
30. Подавленное настроение, “хандра”					
31. Чрезмерное беспокойство по разным					
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
33. Чувство страха					
34. То, что Ваши чувства легко задеть					
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли					
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам					
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь					
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39. Сильное или учащенное сердцебиение					
40. Тошнота или расстройство желудка					
41. Ощущение, что Вы хуже других					
42. Боли в мышцах					

43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас					
44. То, что Вам трудно заснуть					
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете					
46. Трудности в принятии решения					
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах					
48. Затруднённое дыхание					
49. Приступы жара или озноба					
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают					
51. То, что Вы легко теряете мысль					
52. Онемение или покалывание в различных частях тела					
53. Комок в горле					
54. Ощущение, что будущее безнадежно					
55. То, что Вам трудно сосредоточиться					
56. Ощущение слабости в различных частях тела					
57. Ощущение напряжённости или взвинченности					
58. Тяжесть в конечностях					
59. Мысли о смерти					
60. Переедание					
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас					

62. То, что у Вас в голове чужие мысли					
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
64. Бессонница по утрам					
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д. и т.п.					
66. Беспокойный и тревожный сон					
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь					
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие					
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими					
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий					
72. Приступы ужаса или паники					
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях					
74. То, что Вы часто вступаете в спор					
75. Нервозность, когда Вы остались одни					
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения					
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми					

78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте					
79. Ощущение собственной никчемности					
80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое					
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами					
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях					
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите					
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли					
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи					
86. Кошмарные мысли или видения					
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке					
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому					
89. Чувство вины					
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное					

Опросник удовлетворенности браком В.В. Столина

Инструкция: Внимательно читайте каждое утверждение и выбирайте один из трех предлагаемых вариантов ответов. Старайтесь избегать промежуточных ответов типа «трудно сказать», «затрудняюсь ответить».

1. Когда люди живут так близко, как это происходит в семейной жизни, они неизбежно теряют взаимопонимание и остроту восприятия другого человека:

- а) верно,
- б) не уверен,
- в) неверно.

2. Ваши супружеские отношения приносят Вам:

- а) скорее беспокойство и страдание,
- б) затрудняюсь ответить,
- в) скорее радость и удовлетворение.

3. Родственники и друзья оценивают Ваш брак:

- а) как удавшийся,
- б) нечто среднее,
- в) как неудавшийся.

4. Если бы Вы могли, то:

- а) Вы бы многое изменили в характере Вашего супруга (Вашей супруги),
- б) трудно сказать,
- в) Вы бы не стали ничего менять.

5. Одна из проблем современного брака в том, что все «приедается», в том числе и сексуальные отношения:

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

6. Когда Вы сравниваете Вашу семейную жизнь с семейной жизнью Ваших друзей и знакомых, Вам кажется:

- а) что Вы несчастнее других,
- б) трудно сказать,
- в) что Вы счастливее других.

7. Жизнь без семьи, без близкого человека — слишком дорогая цена за полную самостоятельность:

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

8. Вы считаете, что без Вас жизнь Вашего супруга (Вашей супруги) была бы неполноценной:

- а) да, считаю,
- б) трудно сказать,
- в) нет, не считаю.

9. Большинство людей в какой-то мере обманываются в своих ожиданиях относительно брака:

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

10. Только множество различных обстоятельств мешает подумать Вам о разводе:

- а) верно,
- б) не могу сказать,
- в) неверно.

11. Если бы вернулось время, когда Вы вступали в брак, то Вашим мужем (женой) мог бы стать:

- а) кто угодно, только не теперешний супруг,
- б) трудно сказать,
- в) возможно, что именно теперешний супруг.

12. Вы гордитесь, что такой человек, как Ваш супруг (супруга), рядом с Вами:

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

13. К сожалению, недостатки Вашего супруга (супруги) часто перевешивают его достоинства:

- а) верно,
- б) затрудняюсь сказать,
- в) неверно.

14. **Основные помехи для счастливой супружеской жизни кроются:**

- а) скорее всего в характере Вашего супруга (супруги),
- б) трудно сказать,
- в) скорее, в Вас самих.

15. **Чувства, с которыми Вы вступали в брак:**

- а) усилились,
- б) трудно сказать,
- в) ослабли.

16. **Брак притупляет творческие возможности человека:**

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

17. **Можно сказать, что Ваш супруг (супруг#*а) обладает такими достоинствами, которые компенсируют его недостатки:**

- а) согласен,
- б) нечто среднее,
- в) не согласен.

18. **К сожалению, в Вашем браке не все обстоит благополучно с эмоциональной поддержкой друг друга:**

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

19. **Вам кажется, что Ваш супруг (супруг#*а) часто делает глупости, говорит невпопад, неуместно шутит:**

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

20. **Жизнь в семье, как Вам кажется, не зависит от Вашей воли:**

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

21. Ваши семейные отношения не внесли в жизнь того порядка и организованности, которых Вы ожидали:

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

22. Не правы те, кто считает, что именно в семье человек меньше всего может рассчитывать на уважение:

- а) согласен,
- б) трудно сказать,
- в) не согласен.

23. Как правило, общество Вашего супруга (супруги) доставляет Вам удовольствие:

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

24. По правде сказать, в Вашей супружеской жизни нет и не было ни одного светлого момента:

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Данная методика направлена на выявление предпочитаемых Вами способов поведения в трудных жизненных ситуациях. Отметьте, пожалуйста, рядом с каждым из следующих утверждений, насколько часто Вы так действуете в трудных ситуациях.

ОКАЗАВШИСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я...	никогда	редко	иногда	часто
1. Сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше - на следующем шаге.	0	1	2	3
2. Начиная что-то делать, зная, что это все равно не будет работать: главное – делать хоть что-нибудь.	0	1	2	3
3. Пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4. Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации.	0	1	2	3
5. Критиковал и укорял себя.	0	1	2	3
6. Пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть.	0	1	2	3
7. Надеялся на чудо.	0	1	2	3
8. Смирался с судьбой: бывает, что мне не везет.	0	1	2	3
9. Вел себя, как будто ничего не произошло.	0	1	2	3
10. Старался не показывать своих чувств.	0	1	2	3
11. Пытался увидеть в ситуации и что-то положительное.	0	1	2	3
12. Спал больше обычного.	0	1	2	3
13. Срывал свою досаду на тех, кто повлек на меня проблемы.	0	1	2	3
14. Искал сочувствия и понимания у кого-нибудь.	0	1	2	3
15. Во мне возникла потребность выразить себя творчески.	0	1	2	3
16. Пытался забыть все это.	0	1	2	3
17. Обращался за помощью к специалистам.	0	1	2	3
18. Менялся или рос как личность в положительную сторону.	0	1	2	3
19. Извинялся или старался все загладить.	0	1	2	3
20. Составлял план действий.	0	1	2	3

21. Старался дать какой-то выход своим чувствам.	0	1	2	3
22. Понимал, что я сам вызвал эту проблему.	0	1	2	3
23. Набирался опыта в этой ситуации.	0	1	2	3
24. Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации.	0	1	2	3
25. Пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами.	0	1	2	3
26. Рисковал напропалую.	0	1	2	3
27. Старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28. Находил новую веру во что-то.	0	1	2	3
29. Вновь открывал для себя что-то важное.	0	1	2	3
30. Что-то менял так, что все улаживалось.	0	1	2	3
31. В целом избегал общения с людьми.	0	1	2	3
32. Не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться.	0	1	2	3
33. Спрашивал совета у родственника или у друга, которого уважал.	0	1	2	3
34. Старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела.	0	1	2	3
35. Отказывался воспринимать это слишком серьезно.	0	1	2	3
36. Говорил с кем-то о том, что я чувствую.	0	1	2	3
37. Стоял на своем и боролся за то, что хотел.	0	1	2	3
38. Вымещал это на других людях.	0	1	2	3
39. Пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации.	0	1	2	3
40. Знал, что надо делать, и удваивал свои усилия, чтобы все наладить.	0	1	2	3

41. Отказывался верить, что это действительно произошло.	0	1	2	3
42. Я давал себе обещание, что в следующий раз все будет по-другому.	0	1	2	3
43. Находил пару других способов решения проблемы.	0	1	2	3
44. Старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах.	0	1	2	3
45. Что-то менял в себе.	0	1	2	3
46. Хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось.	0	1	2	3
47. Представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться.	0	1	2	3
48. Молился.	0	1	2	3
49. Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать.	0	1	2	3
50. Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему.	0	1	2	3

Приложение 2

Результаты методики копинг-стратегий Лазаруса

	группа	конфронтация	дистанцирование	самоконтроль	поиск соц.поддержки	принятие ответственности	бегство-избегание	планирование решения проблемы	положительная переоценка
1	1	68	30	19	16	42	48	11	14
2	1	74	45	62	32	62	30	40	23
3	1	58	45	43	41	54	37	59	17
4	1	42	70	52	38	30	48	62	45
5	1	61	48	19	54	58	37	46	36
6	1	64	64	65	19	46	65	65	58
7	1	74	33	40	29	50	32	40	47

8	1	55	55	62	38	58	42	52	56
9	1	29	48	46	25	42	35	59	28
10	1	52	42	52	41	50	51	24	23
11	1	29	27	37	29	62	30	49	17
12	1	52	48	49	19	46	44	65	14
13	1	45	36	65	32	54	62	40	50
14	1	71	30	12	16	62	48	55	67
15	1	35	27	55	67	50	32	46	25
16	1	68	52	40	32	58	42	24	34
17	1	55	61	68	60	22	65	40	17
18	1	61	55	46	41	62	51	62	53
19	1	29	70	52	38	54	35	30	61
20	1	42	64	37	22	42	62	52	36
21	1	55	48	43	38	26	39	43	17
22	1	48	39	62	19	50	48	59	39
23	1	42	27	46	16	58	37	27	14
24	1	58	42	55	35	54	25	65	28
25	1	71	55	58	32	46	62	24	50
26	1	39	48	40	19	30	44	46	20
27	1	55	39	68	22	54	53	24	45
28	1	64	27	55	51	62	30	55	31
29	1	42	42	43	38	58	76	30	17
30	1	74	52	62	22	22	39	52	25
31	2	26	70	49	44	50	48	40	53
32	2	64	58	34	54	42	32	27	23
33	2	35	48	52	16	26	44	49	23
34	2	52	64	58	41	22	65	24	17
35	2	45	55	9	63	30	35	30	64
36	2	32	27	15	51	54	51	59	14
37	2	35	30	43	22	22	44	11	39
38	2	52	55	34	44	30	32	46	25
39	2	26	42	62	54	54	74	40	20
40	2	39	52	37	67	30	41	62	28
41	2	61	27	9	41	50	37	62	23
42	2	45	45	62	60	46	53	59	47
43	2	29	58	43	51	22	30	40	39
44	2	48	33	12	47	30	44	55	36
45	2	35	67	37	51	26	62	46	17
46	2	29	73	34	47	42	51	65	61
47	2	45	61	34	51	22	32	24	28
48	2	71	52	68	32	26	48	27	53
49	2	39	48	40	41	46	39	52	23
50	2	39	27	40	47	22	37	30	45
51	2	45	45	12	25	38	62	43	34
52	2	35	36	52	60	18	65	46	56
53	2	42	30	15	54	38	51	59	14

54	2	61	52	43	41	26	30	62	47
55	2	48	73	46	19	54	53	40	25
56	2	32	30	52	63	30	44	55	17
57	2	64	64	19	57	58	32	27	64
58	2	26	42	43	44	42	51	49	23

Результаты методики SCL-90

	Пер1	som	int	hos
1	1	0,75	0,667	1,17
2	1	1,67	0,89	0,33
3	1	0,58	0,56	0,33
4	1	2,42	1,33	2,67
5	1	3,33	1,44	1,5
6	1	1,83	0,78	2,17
7	1	1,67	2	0,67
8	1	1,5	2,11	2,17
9	1	2,67	1,33	0,17
10	1	2,17	2,56	1,13
11	1	2	2,11	1
12	1	2,42	2,56	0,67
13	1	2,58	1,89	1,83
14	1	3,42	2,89	1,67
15	1	2,25	3,22	2,33
16	1	1,67	2,11	2
17	1	1,083	2,89	0,67
18	1	2,42	0,78	1,17
19	1	2	3,44	0,83
20	1	1,33	3	1,83
21	1	1,5	2,89	1,17
22	1	0,583	2,33	0,67
23	1	2,17	3,22	0,67
24	1	2,58	1,89	1,17
25	1	0,92	2,89	0,5
26	1	1,83	0,78	0,83
27	1	2,75	3,44	0,67
28	1	0	2,78	1,17
29	1	1	1,44	2,5
30	1	1,33	0,89	1,67
31	2	0,583	0,67	0,67
32	2	0,917	1,33	1,33
33	2	0	0,44	0
34	2	0	0,333	0,33
35	2	0,25	1,44	1
36	2	2,17	0,56	0,67

37	2	1,5	1,33	1,17
38	2	0,92	2,78	0,33
39	2	0,42	1,44	2,33
40	2	0,67	0,67	1,33
41	2	2	0,67	2,17
42	2	1,5	3	0,83
43	2	0,083	1,89	0,67
44	2	0,583	1,44	1,83
45	2	1,083	1,89	1,17
46	2	1,5	0,89	0,83
47	2	0,25	1,33	0,33
48	2	0,917	0,44	0,67
49	2	1	2,11	1,17
50	2	1,83	0,44	1,13
51	2	0,67	0,78	0,67
52	2	0,42	2,11	0,5
53	2	2	0,67	2,17
54	2	1,083	0,78	0,83
55	2	0,75	1	0,17
56	2	0,92	0,56	0,67
57	2	0,583	1,89	2,5
58	2	2,42	1,11	0,67